All.to A

ALL'ORDINE PROVINCIALE DI ROMA DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Art. 47 D.P.R N. 445 del 28 DICEMBRE 2000

INERENTE LE DISPONIBILITÀ FINANZIARIE

DA ALLEGARE AL RELATIVO MODULO DI RICHIESTA ATTESTAZIONE

_l sottoscritto Dott. _ _____

nat_ a _____ il _____

residente in _____ Via _____ cap._____

Tel. _____ cellulare _____ e mail _____

consapevole secondo quanto prescritto dall'Art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti ed uso di atti falsi, dichiara, sotto la propria responsabilità quanto segue:

_____

_____

_____

_____

Allega la seguente documentazione:

_____

IL SOTTOSCRITTO È CONSAPEVOLE CHE:
I DATI ACQUISITI SARANNO UTILIZZATI ESCLUSIVAMENTE PER OTTEMPERARE ALLE ATTRIBUZIONI E ALLE FINALITÀ ISTITUZIONALI DELL'ORDINE; TALI DATI (FATTA ECCEZIONE PER LE RESIDENZE, I RECAPITI TELEFONICI E GLI INDIRIZZI E MAIL) VERRANNO INSERITI NEL SITO INTERNET DELL'ENTE NONCHÉ' IN QUELLO DELLA F.N.O.M.C.e O.

Data _____ Firma _____

[ ] **INVIO PER POSTA DELLA RICHIESTA**
ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000 allega fotocopia non autenticata del documento d'identità

****

ORDINE PROVINCIALE DI ROMA DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI

Si accerta l'identità del dichiarante mediante il documento …… N.°…… ……..

rilasciato da …… il ……

Sig./Sig.ra _____

(Timbro e Firma del Funzionario)

Rilasciata ricevuta n._____ del_____